

Concertation sur le projet de loi  
**adaptation** de la **société**  
au **vieillessement**



**PLAN NATIONAL D'ACTION POUR  
UNE POLITIQUE DU MEDICAMENT  
ADAPTEE AUX BESOINS DES PERSONNES  
AGEES**

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



## Introduction

Dans le cadre des travaux de préparation de la Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, la nécessité d'un plan d'action structurant pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées s'est imposée. Ce plan d'action s'intègre par ailleurs dans la stratégie nationale de santé et son volet relatif au bon usage des médicaments.

Les orientations de ce plan seront inscrits dans le « rapport annexé » de la Loi et le plan lui-même sera transmis au Parlement en même temps que le texte enrichissant et concrétisant la prévention de la perte d'autonomie et la préservation de la santé des âgés.

Parmi les facteurs de risque de perte d'autonomie, la prise en charge médicamenteuse des âgés constitue un point important. Il s'agit d'une problématique de santé publique encore trop peu documentée et méconnue c'est pourquoi il est nécessaire d'améliorer la connaissance des décideurs, des professionnels mais aussi du grand public et des âgés sur la consommation de médicament de ce public, ses effets ainsi que des alternatives existantes.

La consommation médicamenteuse touche également à des représentations très fortes qui conditionnent des comportements difficiles à faire évoluer. Il est ainsi nécessaire de communiquer de manière ciblée au travers d'une campagne nationale sur le modèle de celle qui a été déployée avec un fort impact sur les antibiotiques, de travailler à des outils dédiés et adaptés aux maladies les plus souvent en cause en lien avec les associations de patients et familles.

Il est également nécessaire de favoriser la recherche de galéniques adaptées au sujet âgé pour éviter les difficultés de prise ou les risques dus aux pratiques d'écrasement et de diffuser plus largement les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Selon l'PHAS, 67 % des personnes de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois contre 35 % pour les moins de 65 ans. Cette proportion augmente avec l'âge atteignant 70 % chez les 75-84 ans et 69 % chez les 85 ans et plus. En moyenne, la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus, 4,6 à partir de 85 ans. Au-delà du nombre de médicaments, la question du nombre de prises par jour est également importante notamment parce que les traitements sont utilisés au long court. Le traitement de la maladie de Parkinson peut par exemple imposer neuf prises quotidiennes à heures fixes.

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



La polymédication est par ailleurs responsable de 10 à 20 % des hospitalisations chez les 65 ans et plus. C'est pourquoi, il est nécessaire de consolider et d'aller plus loin dans les efforts réalisés en matière de gestion du risque à domicile ou en maison de retraite.

Cela suppose un appui aux prescripteurs, par le développement de l'accompagnement pharmaceutique. Concrètement, cette politique rénovée et adaptée aux besoins des personnes âgées se traduit par : la refondation de la formation (initiale et continue) aux médicaments au cours des études de santé, le développement d'outils d'aide à l'élaboration et la révision pour une juste prescription (le bon médicament, au bon moment et sous une forme adaptée), par le renforcement des objectifs de santé publique dans la rémunération des professionnels pour les médecins ou encore la poursuite et le suivi des objectifs conventionnels négociés pour les pharmaciens.

Des outils nouveaux seront mis en place : pour identifier et accompagner de manière ciblée les médecins dont les patients de plus de 65 ans se sont vus prescrire plus de dix molécules, des médicaments pouvant donner lieu à des interactions, contre-indications ou redondances ou encore pour faciliter un travail partenarial entre médecin et pharmacien autour du dossier pharmaceutique.

Des actions spécifiques pourront se déployer en maison de retraite médicalisée afin de se donner les outils et les moyens d'un véritable pilotage de la gestion du risque médicamenteux. Le rôle de chacun mérite d'être clarifié pour que le circuit du médicament soit plus sécurisé.

Il faut également miser sur la complémentarité et la synergie des différentes stratégies de soins et d'accompagnement médicamenteuses et non médicamenteuses, préventives, curatives ou palliatives.

Les recommandations de bonnes pratiques doivent être développées ou diffusées lorsqu'elles existent ainsi que les listes de médicaments à prescrire préférentiellement lorsqu'elles ont été structurées dans les règles de l'art.

La concrétisation de ces objectifs très opérationnels sera suivie et évaluée dans le cadre d'un comité de suivi du plan d'actions «pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées » regroupant l'ensemble des partenaires et contribueront à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé dans son volet relatif au bon usage du médicament.

Marisol TOURAINE

Michèle DELAUNAY

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



Ce plan national d'action est soumis à la concertation de l'ensemble des acteurs que ce soient les associations de patients, les professionnels de santé ou encore les fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux.

Il s'appuie sur les travaux conduits depuis plusieurs années par la HAS et, plus récemment par l'IGAS ainsi que sur le rapport de la mission pour une « politique du médicament en EHPAD » confiée à M. Philippe Verger par la Ministre en charge de la santé et des affaires sociales et la Ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie.

.....  
**Ce plan national d'action comporte quatre axes stratégiques :**

- **Limiter un recours inadéquat aux médicaments, favoriser les stratégies de soins et d'accompagnement alternatives et/ou complémentaires chaque fois que cela est possible**
- **Aider le médecin à gérer au mieux le risque de consommation inadéquate de médicaments chez les personnes âgées**
- **Favoriser l'observance et développer l'accompagnement pharmaceutique**
- **Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maison de retraite médicalisée (Ehpad)**

.....  
L'objectif est que les personnes âgées bénéficient des traitements médicamenteux adaptés à leur état de santé quel que soit leur lieu de vie.

Quatre axes stratégiques sont déclinés en propositions d'actions. Certaines d'entre elles considérées comme incontournables se mettront en œuvre dès 2014.

Enfin, les organisations invitées à la concertation le 10 février 2014 seront invitées à suivre l'avancée de la démarche tout au long des prochains mois sous la forme d'un comité de suivi. Un premier état d'avancement sera transmis aux Ministres au plus tard le 30 juin 2014.

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



Introduction.....	2
Limiter un recours inadéquat aux médicaments, favoriser les stratégies de soins et d'accompagnement alternatives et/ou complémentaires chaque fois que cela est possible.....	7
1. Renforcer l'information des patients avec des campagnes de communication généralistes et ciblées sur leurs besoins .....	7
2. Développer l'éducation thérapeutique des personnes âgées et de leurs aidants .....	8
3. Miser sur la complémentarité et la synergie des différentes thérapies préventives et curatives.....	8
4. Améliorer la connaissance des décideurs, des professionnels et du grand public sur la consommation de médicaments des personnes âgées, ses effets, les alternatives existantes.....	9
Aider les médecins à gérer au mieux le risque de consommation inadéquate de médicaments chez les personnes âgées.....	10
5. Refonder la formation au médicament au cours des études de santé en amont et encourager les professionnels de santé à suivre des formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé. ....	10
6. Développer les outils utiles à l'amélioration continue des pratiques en matière de prescription pour la gériatrie.....	11
7. Renforcer les objectifs dans la convention médicale dédiés au risque iatrogénique chez les personnes âgées dans le mécanisme de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) par la négociation d'un avenant en 2014. ....	12
8. Favoriser la coordination sur les territoires entre les prescripteurs et les experts de la filière gériatrique.....	13
9. Faciliter, via des expérimentations dans 10 CPAM, l'identification et l'analyse par les médecins traitants des patients de plus de 65 ans polypathologiques ayant des traitements comprenant plus de 10 molécules dans le mois .....	13
10. Disposer d'un protocole relatif à la gestion de la douleur .....	14
Favoriser l'observance et développer l'accompagnement pharmaceutique.....	14
11. Suivre la mise en œuvre de l'accompagnement pharmaceutique prévu dans le cadre de la mise en œuvre de la convention pharmaceutique et de ses avenants.....	14
12. Suivre la mise en œuvre de l'avenant prévoyant la poursuite des traitements avec les mêmes génériques délivrés aux patients de plus de 75 ans dans le cadre de la convention pharmaceutique et de ses avenants.....	15

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



---

13. Engager une réflexion sur la mise à disposition du dossier pharmaceutique dans les EHPAD et l'allongement de la durée de recul des données disponibles à partir de l'expérience conduite par les établissements de santé et en lien avec la profession .....	15
14. Garantir une biodisponibilité équivalente ou satisfaisante du médicament en cas d'écrasement par l'élaboration de bonnes pratiques pour le public âgé présentant des troubles de la déglutition.....	16
15. Suivre la mise en œuvre du règlement européen sur les essais cliniques visant à inclure dans les essais des populations représentatives (personnes âgées) de celles qui sont in fine destinataires des médicaments évalués .....	16
Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les personnes résidant en maison de retraite médicalisée .....	17
16. Renforcer les actions de gestion du risque des ARS visant à améliorer l'efficacité et la qualité des soins en maison de retraite médicalisée (EHPAD) .....	17
17. Renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD) .....	18
18. Suivre les évolutions qui seront apportées par la réalisation du plan cancer 2014-2019 ayant vocation à permettre l'accès et la continuité des soins pour les résidents en établissement lorsque le traitement adéquat comprend des molécules onéreuses.....	19

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



---

Premier axe stratégique

**Limiter un recours inadéquat aux médicaments, favoriser les stratégies de soins et d'accompagnement alternatives et/ou complémentaires chaque fois que cela est possible**

---

#### **Enjeux**

*La consommation moyenne de médicaments en France en 2011 est de 48 boîtes de médicaments par habitant, c'est-à-dire proche d'une boîte par semaine selon l'ANSM. La consommation de médicaments en France reste à des niveaux très élevés. L'un des facteurs déterminants tient à une culture marquée par un recours quasi systématique aux médicaments répondant aussi à une demande forte des patients. Des campagnes ciblées comme celle « les antibiotiques, c'est pas automatique » ont fait la preuve de leur efficacité mais doivent être renouvelées mais aussi renforcées et adaptées par des mesures destinées à changer le comportement par rapport aux médicaments. L'implication des patients et de leurs familles dans la prévention de l'iatrogénie est sur ce point un levier majeur à développer.*

---

#### **Actions**

##### 1. Renforcer l'information des patients avec des campagnes de communication généralistes et ciblées sur leurs besoins

Les personnes âgées, comme l'ensemble de la population française disposent de peu d'informations accessibles et compréhensibles sur les risques liés à une consommation inadaptée des médicaments. La création d'une base de données publique sur les médicaments mise en place en septembre 2013 par le ministère en charge de la santé constitue une avancée notable en mettant à disposition du grand public les informations sur chaque médicament. En complément, il faut modifier les comportements en informant mieux le grand public sur les bénéfices mais aussi les risques liés à la consommation de médicaments en lançant une campagne de communication nationale sur les risques d'une prise en charge médicamenteuse inadaptée pour les personnes âgées dans les médias en s'inspirant de celle diffusée fin 2011 / début 2012 sur : « le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres » et en organisant un partenariat avec les médias tout en diffusant des brochures d'informations grand public pour une mise à disposition dans les cabinets médicaux et les officines.



# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



En parallèle, un travail doit être engagé avec les associations de patients et leurs familles mais aussi la participation directe des personnes âgées elles-mêmes pour élaborer des outils d'informations dédiés qui prennent bien compte la spécificité de certaines pathologies ou problématiques particulières aux personnes âgées. Ces outils d'informations, d'aide à la compréhension des prescriptions, pourraient également utilement présenter les alternatives médicamenteuses adaptées.

## 2. Développer l'éducation thérapeutique des personnes âgées et de leurs aidants

Il s'agit de soutenir et développer les actions d'éducation thérapeutique auprès des âgés et de leurs aidants. A titre d'exemple, il existe des preuves de l'efficacité de l'éducation pour les patients traités par anti-vitamines K, essentiellement en ce qui concerne l'auto-mesure de l'INR (International Normalized Ratio) et l'auto-adaptation des doses par les patients motivés et aptes à le faire.

Ces actions peuvent être développées par des établissements de santé, réseaux de santé, de services de soins et d'accompagnement, ou encore de collectivités territoriales en lien avec les professionnels de santé organisés sur leurs territoires.

Agir auprès des aidants, de l'entourage proche des âgés constitue également un levier intéressant à mobiliser. Les formations en direction des aidants naturels mais aussi des bénévoles pourraient intégrer cette problématique de la prise en charge médicamenteuse.

## 3. Miser sur la complémentarité et la synergie des différentes thérapies préventives et curatives

Il s'agit de responsabiliser les prescripteurs sur la prévention et l'importance d'une stratégie globale de prise en charge et d'accompagnement en gérontologie (dont les 3 piliers sont : une alimentation équilibrée, un exercice physique régulier et un lien social structuré) indissociable du soin et du bon usage du médicament.

Certaines thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques tels que les risques cardio-vasculaires et l'insomnie (régimes diététiques, activités physiques, traitements psychologiques, etc.). Il semble pourtant que les professionnels de santé se heurtent à certaines difficultés dans la prescription de ces thérapeutiques, telles que le manque de temps à consacrer à chaque patient ou encore l'impression que leurs patients ne sont pas prêts à accepter ces traitements qui impliquent souvent des changements de comportements difficiles à mettre en œuvre à domicile comme en



# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



établissement. Des voies d'amélioration du système de santé sont proposées pour créer les conditions propices à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

La HAS a d'ores et déjà prévu l'élaboration d'outils visant à aider le soignant à promouvoir, dans le parcours de santé, une pratique d'activité physique des seniors adaptée à leur état de santé qui donnera lieu à une recommandation de bonne pratique au premier trimestre 2015.

#### 4. Améliorer la connaissance des décideurs, des professionnels et du grand public sur la consommation de médicaments des personnes âgées, ses effets, les alternatives existantes

La connaissance des décideurs et des professionnels tant au plan national que local sur la consommation de médicaments des personnes âgées est encore insuffisante. En effet, les études sur ce thème doivent être poursuivies. Des études seront donc lancées sur la consommation de médicaments par les personnes âgées mais aussi, par exemple, sur les alternatives afin d'éclairer les décisions ou les actions à engager. De même, les ARS, les CPAM et les médecins coordonnateurs des EHPAD doivent disposer régulièrement des données agrégées par établissement sur la consommation de médicaments des résidents incluant des analyses détaillées sur certaines molécules. C'est sur cette base que des actions ciblées communes ou coordonnées des ARS et des CPAM pourront être conduites.

Il importe également de prendre en compte l'action relative à l'amélioration des connaissances en psychopharmacologie gériatrique, notamment dans le champ de la dépression et des troubles anxieux chez la personne âgée inscrite dans le projet de programme d'actions de la prévention du suicide chez les personnes âgées qui accompagne également le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Elles portent sur l'amélioration de la prescription des psychotropes en réajustant les cibles (mieux traiter les dépressions sévères ou à risque suicidaire mal diagnostiquées et à l'inverse réduire les prescriptions en cas de malaise existentiel lié à l'avancée en âge) et sur la diminution du risque iatrogénique et des risques d'intoxication volontaire.

Enfin, il est important d'améliorer la connaissance sur les stratégies non médicamenteuses, leurs apports, et leurs complémentarités avec un accompagnement médicamenteux notamment en maison de retraite médicalisée.

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



---

Deuxième axe stratégique

## Aider les médecins à gérer au mieux le risque de consommation inadéquate de médicaments chez les personnes âgées

---

### Enjeux

*Les mésusages dans la prescription médicamenteuse en direction des âgés sont nombreux. Cela se traduit notamment par la multiplicité de prescriptions inappropriées. Ces dernières augmentent le risque d'effets indésirables, freinent les effets bénéfiques des médicaments et/ou diminuent l'observance des traitements justifiés (utiles voire indispensables et vitaux), entraînent des surcoûts évitables directs.*

*Ces constats conduisent à souligner la nécessité de développer des pratiques plus respectueuses d'une juste prescription gériatrique.*

---

### Actions

5. Refonder la formation au médicament au cours des études de santé en amont et encourager les professionnels de santé à suivre des formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé.

Les orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé figurant dans l'arrêté du 26 février 2013 sont notamment axées sur la maîtrise des prescriptions en matière de médicaments, la prévention des événements indésirables liés aux soins comme la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, la sécurisation de la prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse du patient (circuit du médicament) ou la lutte contre le mésusage et le détournement de certains médicaments.

Il importe en outre de :

- Mettre en œuvre les unités d'enseignements centrées sur la personne âgée et intégrées dans la formation master des étudiants en médecine ;
- Intégrer, sans le cadre de la réforme du niveau master s'inscrivant dans le schéma Licence-Master-Doctorat (LMD) des études médicales, la thématique du vieillissement et

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



de la iatrogénie médicamenteuse dans deux unités d'enseignement : une unité spécifique centrée sur la personne âgée malade, et une unité sur le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses qui devra être déclinée pour les personnes âgées ;

- Introduire dans les formations de certains DES de spécialités médicales un enseignement aujourd'hui existant dans le DESC de gériatrie sur le « maniement des médicaments ; particularités des effets iatrogéniques chez la PA » ;
- Introduire dans les orientations sur le DPC une orientation prioritaire sur l'axe n°2 : « Aider le prescripteur à gérer au mieux le risque iatrogénique chez les personnes âgées ».

Le suivi de cette action permettra de fixer des objectifs de formation (notamment en nombre de professionnels participants), de suivre les résultats quantitatifs et qualitatifs grâce aux rapports d'activité annuels de l'Organisme gestionnaire de DPC mais également d'approfondir le domaine de la prise en charge des PA dans le cadre de la réingénierie des diplômes.

La réingénierie en cours pour inscrire ces cursus dans le schéma LMD permet d'approfondir ce domaine et de le décliner dans les programmes, sous la responsabilité des équipes pédagogiques des instituts de formation. Pour mémoire :

- Pour les formations déjà inscrites dans le LMD (IDE, ergothérapeute, manipulateur radio et infirmier anesthésistes), plusieurs unités d'enseignements abordent la problématique du vieillissement (approches juridique, psychologique, thérapeutique et soins spécifiques). Des stages dans des structures ou des établissements accueillant des personnes âgées sont également prévus.
- Concernant la formation initiale des aides-soignants, des modules d'enseignement prévoient l'accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne à tous les âges de la vie, la relation et la communication avec les personnes soignées dont les personnes âgées. Un stage dans une structure d'accueil pour personnes âgées est obligatoire.

## 6. Développer les outils utiles à l'amélioration continue des pratiques en matière de prescription pour la gériatrie

Les outils et démarches en matière d'amélioration continue de la qualité sont le plus souvent complémentaires : référentiels, logiciels d'aide à la prescription, listes préférentielles, guides et démarches d'évaluation et de révision des prescriptions. Ces éléments concourent à l'amélioration des pratiques. Ils doivent être diffusés et leur appropriation évaluée. Dans le cadre de ce plan, l'accent est mis sur :

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



- La diffusion au cours du premier semestre 2014 d'une fiche « point clé » en cours d'élaboration par la HAS (avec un outil de repérage des patients à risque d'évènements médicamenteux et l'organisation de la surveillance de ces patients associant les médecins et les infirmiers).
  - Concernant les logiciels d'aide à la prescription : Un indicateur mesurant l'utilisation des LAP certifiés a été introduit dans la ROSP pour inciter les médecins à s'équiper. Dans le cadre du suivi de ce plan d'action, cet indicateur fera l'objet d'un suivi l'objectif cible étant d'atteindre un taux d'équipement proche de 80%. Cet indicateur sera enrichi d'une analyse sur l'utilisation effective de ces outils par le médecin quelque soit le lieu d'exercice car pour les personnes âgées les visites à domicile sont courantes. Pour mémoire, l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP) qui pèse sur les éditeurs de logiciels, prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2015, est un dispositif qui garantit aux utilisateurs une offre de logiciels conformes à des exigences techniques minimales établies par la HAS (sous forme de référentiel) et contrôlables régulièrement (par un audit externe de certification). La certification obéit à plusieurs objectifs dont un objectif de santé publique par l'amélioration de la sécurité de la prescription.
  - Il est également proposer de soutenir et évaluer les expériences d'élaboration et d'utilisation d'une liste de médicaments à prescrire préférentiellement pour en privilégier le déploiement : inspirée de l'expérience conduite en Suède et particulièrement à Stockholm, la liste préférentielle est conçue comme un outil d'aide à la prescription pour les médecins mais n'est pas imposée. Des expériences françaises émergent depuis peu et méritent d'être soutenues, évaluées et davantage partagées. Pour répondre aux besoins des âgés, plusieurs critères doivent être pris en compte pour évaluer et diffuser ces listes préférentielles : la reconnaissance de la molécule, du service médical rendu, de l'importance de la prescription mais aussi de l'intérêt gériatrique (galénique, nombre de prises, heure de prise, interactions, élimination spécialement rénale etc...). Pour cela, un premier bilan des travaux sera mené avant la fin de l'année 2014. Ce bilan permettra également de capitaliser sur les expériences régionales conduites par les OMEDIT.
7. [Renforcer les objectifs dans la convention médicale dédiés au risque iatrogénique chez les personnes âgées dans le mécanisme de rémunération sur objectif de santé publique \(ROSP\) par la négociation d'un avenant en 2014.](#)

En effet, si certains indicateurs concernent la prescription de médicaments chez le sujet âgé de plus de 65 ans (vasodilatateurs et benzodiazépines à demi-vie longue), ces objectifs restent peu nombreux et doivent être renforcés au profit des âgés vivant à domicile ou en établissement. Pour mémoire, l'avenant 8 à la convention médicale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'assurance maladie signé le 25 octobre 2012 développe des rémunérations forfaitaires liées à certains profils de patients, notamment une majoration de la consultation des patients très

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



âgés (85 ans et plus depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 et 80 ans et plus à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014), dite « majoration pour personnes âgées ». Cette majoration versée directement aux médecins par l'assurance maladie a ainsi pour objectif de mieux prendre en compte la difficulté de la prise en charge des patients très âgés afin de tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi de leurs traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

## 8. Favoriser la coordination sur les territoires entre les prescripteurs et les experts de la filière gériatrique

Il s'agit de promouvoir le recours à l'expertise gériatrique sur les territoires. Celle-ci peut être réalisée par différents acteurs hospitaliers (consultations externes, hôpitaux de jour, équipe mobiles gériatriques hors les murs) ou encore par les réseaux de santé. Ce recours permet d'éviter les décompensations de pathologies chroniques et d'ajuster les traitements.

Par ailleurs, les expérimentations relatives à la mise en place d'un numéro de téléphone à disposition des médecins traitants doivent être valorisées. Cet appui téléphonique d'expertise et de conseil par des médecins hospitaliers gériatres de proximité doit permettre d'aider les médecins traitants à adapter leurs pratiques aux besoins spécifiques de leurs patients âgés.

## 9. Faciliter, via des expérimentations dans 10 CPAM, l'identification et l'analyse par les médecins traitants des patients de plus de 65 ans polypathologiques ayant des traitements comprenant plus de 10 molécules dans le mois

Les personnes âgées peuvent se voir prescrire des médicaments par plusieurs médecins (généralistes, spécialistes) en ambulatoire comme lors d'un séjour au sein d'un établissement de santé. Or, il est parfois difficile pour un médecin traitant de disposer d'une connaissance exhaustive des médicaments qui ont été prescrits pour sa patientèle âgée. Pour leur permettre de disposer de ces éléments afin, si besoin, de modifier la prescription, un nouveau dispositif sera expérimenté dès 2014 dans 10 CPAM visant à l'identification des médecins traitants pour lesquels des patients de plus de 65 ans polypathologiques se sont vu prescrire soit des médicaments pouvant donner lieu à des interactions, contre-indications ou redondances ou encore des traitements comprenant plus de 10 molécules.

En appui de ces médecins, les CPAM organiseront des actions ciblées des délégués de l'assurance maladie ou des entretiens confraternels avec les médecins conseil en s'appuyant sur les travaux de la HAS sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Sur la base d'une évaluation de cette expérimentation, une extension sera engagée en 2015.

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



## 10. Disposer d'un protocole relatif à la gestion de la douleur

La Société française de gériatrie et de gérontologie a adressé à la HAS une demande de labellisation méthodologique pour la recommandation de bonne pratique qu'elle souhaite élaborer sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. La publication de cette recommandation est envisagée pour mi-2015 et s'inscrit pleinement dans les objectifs poursuivis par le plan d'action.

.....  
Troisième axe stratégique

## Favoriser l'observance et développer l'accompagnement pharmaceutique

### ..... Enjeux

*Une mauvaise observance peut mettre en échec la stratégie thérapeutique et avoir des répercussions importantes pour la santé des âgés. Les facteurs possibles d'une mauvaise adhésion thérapeutique sont de plusieurs ordres. Pour la plupart des âgés, la prise médicamenteuse apparaît comme contraignante notamment au long court du fait du nombre de médicaments et de prises dans la journée, de la galénique du médicament ou d'un conditionnement inadapté à la perte d'autonomie. Pour palier ces difficultés, le corps médical doit s'efforcer, dans la mesure du possible, de limiter les prescriptions médicamenteuses en faisant des choix thérapeutiques, de proposer la galénique la mieux adaptée. Les industriels doivent innover et développer des formes pharmaceutiques et des conditionnements prenant en compte les difficultés inhérentes à la vieillesse. Par ailleurs, il est reconnu que l'information, l'accompagnement des patients, particulièrement des âgés, sont des éléments importants pour améliorer l'adhésion au traitement et ainsi une prise en charge de qualité.*

### ..... Actions

## 11. Suivre la mise en œuvre de l'accompagnement pharmaceutique prévu dans le cadre de la mise en œuvre de la convention pharmaceutique et de ses avenants



# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



Cette mesure qui concerne des patients dont l'âge moyen est de 73 ans et qui sont à 75 % fidèles à une seule pharmacie, constitue un véritable enjeu de santé publique. En effet, les AVK, médicaments à marge thérapeutique étroite, nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique ou thrombotique élevé qu'ils peuvent induire s'ils ne sont pas correctement utilisés. On estime que chaque année les accidents iatrogéniques liés à la consommation d'AVK sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause d'iatrogénie en France. L'accompagnement par le pharmacien s'effectue en articulation avec le médecin prescripteur.

## 12. Suivre la mise en œuvre de l'avenant prévoyant la poursuite des traitements avec les mêmes génériques délivrés aux patients de plus de 75 ans dans le cadre de la convention pharmaceutique et de ses avenants

S'agissant de la qualité de la dispensation, un avenant à la convention pharmaceutique favorise la stabilité de la délivrance des génériques. Les dispositions de cet avenant permettent d'assurer le suivi de la stabilité de la dispensation des médicaments génériques délivrés aux patients de plus de 75 ans afin d'éviter tout risque de confusion entre les médicaments : dans le cadre de la convention nationale pharmaceutique pour que 90% de ces patients n'aient qu'une seule marque de générique délivrée (pour chacune des 11 molécules identifiées) afin d'éviter tout risque de confusion entre les médicaments.

## 13. Engager une réflexion sur la mise à disposition du dossier pharmaceutique dans les EHPAD et l'allongement de la durée de recul des données disponibles à partir de l'expérience conduite par les établissements de santé et en lien avec la profession

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil professionnel destiné à sécuriser la dispensation des médicaments au bénéfice de la santé des patients. Le DP est disponible dans les officines et les pharmacies à usage intérieur des établissements. L'objectif est d'assurer la sécurité de la dispensation des médicaments, qu'ils soient délivrés en pharmacie de ville ou en pharmacie d'établissement de santé, en donnant accès au pharmacien, avec l'accord du patient, aux médicaments dispensés dans les 4 mois qui précèdent. Au 9 décembre 2013, 29,7 millions de DP ont été créés, 98,3% des officines et 86 PUI (dont 15 CHU et 122 conventions signées) sont connectées. La durée de conservation des données, actuellement limitée à 4 mois, pourrait être étendue à 6 ou 12 mois. Sous l'égide de la DGOS et en collaboration avec le CNOP, le DP est actuellement expérimenté dans les unités de soins de 55 établissements (en gériatrie, anesthésie, réanimation et urgences) afin de tester l'apport de sa consultation pour le corps médical. Une évaluation qui devrait être disponible au 1<sup>er</sup> semestre 2015 permettra de mesurer l'impact de cet



# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



accès et de réfléchir à son devenir. Une réflexion sera engagée sur la mise à disposition du dossier pharmaceutique dans les EHPAD.

## 14. Garantir une biodisponibilité équivalente ou satisfaisante du médicament en cas d'écrasement par l'élaboration de bonnes pratiques pour le public âgé présentant des troubles de la déglutition

La galénique est un élément important pour l'observance. Elle permet, lorsqu'elle est adaptée, d'éviter les difficultés de prise de certains médicaments ou des risques induits par des écrasements inadéquats. C'est pourquoi la recherche sur la galénique adaptée aux personnes âgées doit être favorisée.

Une étude conduite sous l'égide de la HAS en juin 2009 sur les médicaments écrasés en gériatrie a révélé l'importance de ce phénomène (32% sur 683 malades) pour des motifs soit de troubles de la déglutition, soit de troubles de comportement alors que pour 41,5% des médicaments concernés la forme galénique l'interdisait. Les risques iatrogènes potentiels comprennent notamment les interactions chimiques, l'inexactitude des doses réellement administrées etc. A la suite de ces travaux, la HAS a diffusé sur son site internet des recommandations pour la prescription, la préparation, l'administration et pour la pharmacie. Ces recommandations encore trop peu connues et suivies seront plus largement diffusées et un bilan sera réalisé des expériences sur une liste de médicaments écrasables déjà élaborée au niveau régional et/ou local.

## 15. Suivre la mise en œuvre du règlement européen sur les essais cliniques visant à inclure dans les essais des populations représentatives (personnes âgées) de celles qui sont in fine destinataires des médicaments évalués

Dans certains essais cliniques de médicaments à usage humain, certaines populations sont sous-représentées créant ainsi un décalage avec la population réelle ciblée in fine par ces médicaments. De même l'inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques de médicaments est aussi un enjeu important, compte tenu du vieillissement global de la population européenne. Le nouveau règlement sur les essais cliniques affirme la volonté des autorités européennes d'inciter les opérateurs à favoriser l'inclusion de populations spécifiques afin de réaliser des essais sur une population représentant l'ensemble des patients pouvant bénéficier in fine du traitement"

L'adaptation des dispositions du code de la santé publique aux dispositions du règlement relatif aux essais cliniques sur les médicaments à usage humain sera réalisée via la loi de santé publique qui devrait être examinée par le Conseil des ministres début juillet 2014.

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



.....  
Quatrième axe stratégique

## Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les personnes résidant en maison de retraite médicalisée

.....  
**Enjeux**

*Les enjeux de santé publique sont forts pour les âgés vivant à domicile. En établissement, dans un environnement différent marqué par la vie en collectivité et l'organisation des soins et de l'accompagnement, ses enjeux ne sont pas moins forts. La perte d'autonomie et les besoins de soins des résidents vont croissants notamment grâce aux progrès réalisés en matière de soutien à domicile. La maison de retraite médicalisée (EHPAD) combine désormais deux grandes missions : celle d'offrir un lieu de vie propice à la qualité de vie et à la sociabilité des âgés qui y résident, celle d'offrir un environnement et des soins propices à leur santé jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie. Cette double mission se traduit par des organisations à mi-chemin entre le domicile classique et le soin de longue durée. Dans ce contexte, les outils et leviers pour garantir qualité et sécurité doivent être adaptés à cette réalité. La politique d'accompagnement et de soins que va proposer l'établissement et sur laquelle se mobilise les équipes pluridisciplinaires sera également mise en œuvre par des partenaires extérieurs à la structure que sont les professionnels de santé libéraux (médecins et pharmaciens principalement). Ces spécificités impliquent ainsi des actions particulières en direction des établissements qui restent toutefois très concernés par l'ensemble des mesures portées dans le cadre de ce plan d'actions. C'est le cas notamment pour l'ensemble des mesures relatives à l'information des personnes et la formation des professionnels, à la compliance et à l'accompagnement pharmaceutique, à la valorisation de la complémentarité des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.*

.....  
**Actions**

### 16. Renforcer les actions de gestion du risque des ARS visant à améliorer l'efficacité et la qualité des soins en maison de retraite médicalisée (EHPAD)

Les orientations du présent plan d'actions pourront trouver une traduction opérationnelle dans l'action des ARS en matière de gestion du risque ciblé notamment sur certaines classes thérapeutiques comme les psychotropes. En lien avec les CPAM, les ARS pourront proposer à l'établissement et particulièrement au médecin coordonnateur un accompagnement adapté en matière de politique du médicament et ce en fonction du profil de consommation particulier des

# Concertation sur le projet de loi adaptation de la société au vieillissement



résidents. Les délégués d'assurance maladie et praticiens conseils des CPAM pourront également venir en appui des médecins traitants intervenant en établissement.

## 17. Renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD)

Le présent plan d'actions constitue le support d'une véritable stratégie de prévention du risque médicamenteux et de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD. Plusieurs objectifs opérationnels sont poursuivis. Il s'agit de :

- Renforcer le pilotage de la politique de la politique du médicament dans l'établissement. Celle-ci devra être formalisée et inscrite dans le projet de l'établissement et sera discutée avec l'ARS dans le cadre des conventions tripartites (ou Cpom) liant la structure à ses financeurs. Une attention particulière sera portée à la mise en place et au fonctionnement de la commission de coordination gériatrique compétente sur ce thème ;
- Promouvoir l'informatisation dans les EHPAD et l'interopérabilité des outils afin de faciliter les échanges et le partage d'informations entre professionnels de santé (notamment entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le pharmacien) ;
- Promouvoir une culture de qualité et de sécurité partagée au sein de l'équipe médicale et soignante de l'établissement mais aussi de son management. Il s'agira par exemple de déployer les outils existants relatifs à l'auto-évaluation pluridisciplinaire des risques liés à la prise en charge médicamenteuse qui facilitent l'élaboration d'un plan d'actions d'amélioration (gestion des risques « a priori »). On peut citer ici les travaux de l'ANAP ou ceux réalisés au niveau régional par certaines ARS avec les OMEDITS ;
- Encourager la déclaration et l'analyse des effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament (pharmacovigilance) dans les EHPAD en vue de la mise en place d'actions correctives (gestion des risques *a posteriori*) ;
- Mettre à disposition des établissements les référentiels juridiques et de bonnes pratiques nécessaires à la sécurisation des pratiques professionnelles et du circuit du médicament ;
- Intégrer la nécessité d'un suivi de l'iatrogénie dans les EHPAD avec PUI notamment en remontant les informations de consommation via par exemple ResidEhpad ;
- Formaliser à brève échéance dans un cahier des charges les missions du pharmacien en EHPAD et ce quelque soit l'organisation de l'établissement avec ou sans PUI.

Concertation sur le projet de loi  
**adaptation** de la **société**  
au **vieillessement**



---

18. Suivre les évolutions qui seront apportées par la réalisation du plan cancer 2014-2019 ayant vocation à permettre l'accès et la continuité des soins pour les résidents en établissement lorsque le traitement adéquat comprend des molécules onéreuses.

Dans le cadre du plan cancer 2014-2019, des réflexions seront engagées pour notamment :

- Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses ;
- Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer.

L'évolution de ces réflexions contribuera à enrichir les travaux conduits dans le cadre du présent plan.